

Kaebus

Kaebuse esitaja nimi:

Aadress:

Telefon:

Patsient/klient/sugulane/tuttav/meditsiinitöötaja (tõmba õigele vastusele joon alla)

Patsiendi/kliendi nimi (täida siis, kui Sa pole ise patsient/klient)

Patsiendi/kliendi aadress:

Patsiendi/kliendi telefon:

Patsient/klient on/oli haiglaravil/ambulatoorsel ravil/rehabilitatsiooniteenusel (tõmba õigele vastusele joon alla).

Kuupäev:

Probleemi kirjeldus: